



Національна академія медичних наук України

Всеукраїнська асоціація кардіологів України

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології
імені академіка М.Д. Стражеска" НАМН України»

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 25–27 вересня 2019 р.)

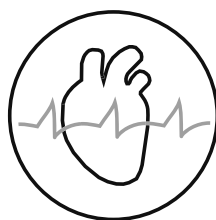
Головний редактор: О.М. Пархоменко

Наукова редакція випуску: М.І. Лутай (голова), Л.Г. Воронков,
С.М. Кожухов, О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, О.Г. Несукай, О.С. Сичов,
Ю.М. Сіренко, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва, В.О. Шумаков

Том
26

Додаток
1

2019



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2019

наряду с крайне большим числом препаратов в целом (более 6 табл/с), делает обоснованным и рациональным рекомендацию к началу приема полипил Триномия на этапе выписки пациента с ОКС из специализированного стационара на индивидуальной основе.

Стратификация риска пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST и уровень ишемизированного альбумина

Е.А. Коваль, Е.С. Щукина

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»

Ишемизированный альбумин (ИА) является относительно новым маркером для оценки ишемии миокарда у пациентов с кардиоваскулярной патологией [Sameer S., 2008].

Цель – изучить соотношение показателей шкал риска у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST) в зависимости от уровня ИА.

Материал и методы. У 45 пациентов, госпитализированных в КУ «Д КОШМД» ДГС с диагнозом ОКСбпST, старше 18 лет, в сроки до 72 часов от появления симптомов, были проанализированы клинические данные, данные лабораторных и инструментальных методов исследования. Исключались пациенты с обострением хронических заболеваний, с острыми воспалительными заболеваниями. Уровень ИА определялся при госпитализации; за норму принят уровень $<0,4$ УЕ/мл. Рассчитывался риск осложнений по шкалам GRACE, PURSUIT, CHA₂DS₂-VAsC и шкале тромботического риска для пациентов с ОКС (Коваль ЕА, 2010). Средний возраст пациентов составил $(66,7 \pm 11,5)$ года; мужчины – 48,8 %. Среди сопутствующих заболеваний и факторов риска были выявлены: табакокурение – у 33,3 %, артериальная гипертензия (АГ) – у 55,5 %, хроническая сердечная недостаточность – у 35,5 %, перенесенный ранее инфаркт миокарда – у 40 %, сахарный диабет 2-го типа – у 6,7 %. Гемодинамические показатели на момент госпитализации были стабильны. На ЭКГ при поступлении ишемическая депрессия сегмента ST отмечалась в 55,5 %, инверсия зубца Т – в 48,4 %; изменения исходной ЭКГ отсутствовали в 4,4 % случаев. Повышенный уровень вч-Тропонина Т был зафиксирован у 77 % пациентов. Пациенты были разделены на группы в зависимости от уровня ИА: группа 1 – пациенты с нормальным уровнем ИА и группа 2 – лица с повышенным уровнем ИА. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ Excel и Statistica 6 для Windows. При оценке достоверности меж- и внутригрупповых различий использовались критерии Манна – Уитни, Вилкоксона.

Результаты. В группе 1 (16 пациентов) средний возраст составил $(64,9 \pm 9,4)$ года (мужчин 37,5 %), в группе 2 (29 пациентов) – $(67,3 \pm 12,2)$ года (мужчин 56 %). В анамнезе ПИКС в группе 1 у 25 %, в группе 2 – 42 %, ХСН – 45,5 % и 28 % соответственно ($p > 0,05$ во всех сравнениях). Группы не отличались при поступлении по уровню САД, ДАД, ЧСС.

Результаты традиционной стратификации больных и уровень ИА

	GRACE		PURSUIT		CHA ₂ DS ₂ -VAsC		Шкала тромботического риска для пациентов с ОКС	
	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2	Гр. 1	Гр. 2
Средний балл	106,4 $\pm 33,6$	119,8 $\pm 26,3$	10,7 $\pm 2,7$	10,9 $\pm 3,7$	3 $\pm 1,9$	2,9 $\pm 1,9$	4,5 $\pm 1,9$	4,8 $\pm 2,2$
Низкий риск, %	62,5	51	68,8	56	–	10,5	18,8	21
Средний риск, %	25	28	6,3	7	37,5	10,5	81,2	79
Высокий риск, %	12,5	21	24,9	37	62,5	79,5	–	–

Выводы. Пациенты с повышенным уровнем ИА при поступлении имели в целом одинаковый и невысокий риск согласно основным шкалам, в том числе и тромботических осложнений. Наблюдалась тенденция сочетания высокого уровня ИА и высокого риска осложнений у пациентов с ОКСбпST, что указывает на возможность дополнительного применения оценки уровня ИА в стратификации больных с ОКС.

Порушення кінцевих стадій коагуляційного гемостазу в пацієнтів з гострою ТЕЛА і проведенням тромболізом

О.А. Коваль, О.М. Клигуненко, О.Ю. Муризіна

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Доцільність проведення системного тромболізму (ТЛТ) у пацієнтів з гострою ТЕЛА проміжного-високого ризику раніше не досліджувалася у зв'язку зі ступенем порушення коагуляційних процесів та їх стійкості, порівнюючи з групою високого і дуже високого ризику.

Мета – оцінити динаміку змін коагуляційних властивостей крові у хворих з гострою ТЕЛА до і після проведення системного ТЛТ, в групах високого і проміжного-високого ризику.

Матеріал і методи. Проспективний аналіз коагулограм 43 пацієнтів $((55,6 \pm 11,6)$ року, 36 % жінки) з гострою ТЕЛА: до проведення ТЛТ, через 8 діб на фоні базисної антикоагулянтної терапії; 1-ша група (високого ризику) –

28 хворих, 2-га група (проміжного-високого ризику) – 17 хворих. Досліджувалися стандартні коагуляційні показники та рівень D-димеру ІФА методом.

Результати. Первісно виявлено прокоагулянтний стан плазмового гемостазу, подібний ($p_{1-2}>0,25$) за силою змін в обох досліджуваних групах, і поширений на обидва шляхи утворення протромбіназного комплексу. Показники протромбінового тесту були збільшеними до верхньої межі референтного діапазону і при цьому перевищували значення групи здорових: протромбіновий час – до 19,8 с, протромбіновий індекс (ПІ) – до 96 % ($U=64,5$, $p_{1-2}=0,33$), АЧТЧ був скорочений до $(22,8\pm 2,3)$ с ($U=71$, $p_{1-2}=0,36$) на тлі збільшення рівня фібриногену – до 4,5 г/л ($U=78,5$, $p_{1-2}=0,25$), який перевищував верхню межу референтного діапазону. Також були збільшеними маркери тромбемії: розчинний фібрин – до 17,6 мг ($U=74,5$, $p_{1-2}=0,29$), D-димер – у кілька разів – до 4433 нг/мл ($U=33,1$, $p_{1-2}=0,54$). Найбільші зміни стосувалися пригнічення фібринолітичної активності – спонтанного фібринолізу, зменшеного до 9,5 % $[6,0\div 12,2]$ при одночасному порушенні щільності згустку *in vitro* – власна ретракція була зменшеною до 31,9 % $[26,1\div 36,1]$ подібно в обох групах ($U=81$, $p_{1-2}=0,45$).

На 8-му добу після проведеної ТЛТ на фоні базисної терапії був досягнений цільовий рівень «терапевтичної» плазмової гіпокоагуляції: АЧТЧ збільшився ($Z=5,62$, $p<0,00001$) до 45,3 с ($U=71,2$, $p_{1-2}=0,36$), протромбіновий час – до 21 с ($U=64,5$, $p_{1-2}=0,33$), ПІ зменшився до 81,1 %, фібриноген ($Z=2,91$, $p=0,0042$) – до 3,5 г/л ($U=52,0$, $p_{1-2}=0,26$). Проте, незважаючи на сприятливі зміни – розчинний фібрин зменшився до 13,0 мг ($U=62,0$, $p_{1-2}=0,21$), D-димер – до 1900 нг/мл ($U=45,2$, $p_{1-2}=0,38$) – маркери тромбемії залишалися збільшеними і перевищували порогові значення. Зберігалась антикоагуляційна недостатність фібринолітичної ланки – значення спонтанного фібринолізу збільшилися ($Z=2,78$, $p<0,01$) до 12,3 % $[9,9\div 13,2]$, ($U=59,1$, $p_{1-2}=0,29$), однак не досягали рівня референтних ($15,5\pm 0,68\%$). Властивості згустку *in vitro* не відновилися – значення власної ретракції збільшилися ($Z=2,64$, $p<0,01$) до 33,8 % $[15,8\div 35,1]$ ($U=67,0$, $p_{1-2}=0,38$), при цьому залишалися значно зниженими за референтні ($38,3\pm 0,9\%$).

Висновки. У пацієнтів з гострою ТЕЛА високого або високого-проміжного ризику за даними коагулограми спостерігається однаковий за силою та спрямованістю прокоагулянтний стан гемостазу, пригнічення фібринолітичної активності, зменшення щільності згустку *in vitro*. Після ТЛТ на фоні базисної антикоагулянтної терапії попри певний рівень «терапевтичної» антикоагуляції, зберігається достатньо високий рівень маркерів тромбемії, пригнічення фібринолізу та ретракції, що свідчить на користь проведення системної ТЛТ і у хворих проміжного-високого ризику.

Роль біомаркера ВЕФР-А в прогнозуванні розвитку багатосудинного ураження коронарних артерій у хворих на гострий ІМ з елевацією сегмента ST

М.П. Копиця, І.М. Кутя, Ю.В. Родіонова, Н.В. Титаренко, Я.В. Гільова, А.В. Кобець

ДУ «Національний інститут терапії ім. Л.Т. Малої НАМН України», Харків

Васкулоендотеліальний фактор росту-А (ВЕФР-А) – специфічний цитокін, що регулює процеси ангіо- та артеріогенезу при гострому інфаркті міокарда (ГІМ). У відповідь на ішемію тканини здатні синтезувати різні типи клітин, в тому числі і кардіоміоцити. ВЕФР-А сприяє виживанню ендотеліальних клітин, підвищує проникність стінки судин, регулює та прискорює розвиток колатерального кровообігу ішемізованого міокарда.

Мета – вивчення взаємозв'язку між рівнем ВЕФР-А та дифузним ураженням коронарних судин у пацієнтів, хворих на ГІМ з елевацією сегмента ST.

Матеріал і методи. До дослідження залучено 60 пацієнтів з ГІМ з елевацією сегмента ST, 49 (81,6 %) чоловіків та 11 (18,4 %) жінок, середній вік $(59,21\pm 8,92)$ року. Всім пацієнтам було проведено коронарорентрокулографію (КВГ) зі стентуванням інфарктзалежної коронарної артерії та було визначено ступінь атеросклеротичного ураження судин серця. Хворі були розділені на 2 групи: 1-ша група – 29 пацієнтів (47,54 %), у яких було виявлено ураження однієї коронарної артерії із стенозом більше 50 %, та 2-га група, до якої увійшло 32 пацієнти (52,46%) з багатосудинним ураженням (2 і більше). Рівень ВЕФР-А визначали імуноферментним методом з використанням набору реактивів Iblinternational GMBH, (Німеччина). Кров для визначення ВЕФР-А в сироватці забирали на 5–7-му добу ГІМ з елевацією сегмента ST. Статистичну обробку отриманих даних проведено за допомогою пакета програм Statistica 8.0 (Stat Soft Inc, США), Microsoft Office Excel 2003. Дані представлені у вигляді медіани (Me), значеннями верхнього (UQ) та нижнього (LQ) квартилей вибірки, а також у вигляді середнього \pm стандартна похибка середнього ($M\pm s$). Проведено логістичний аналіз. Для всіх видів аналізу відмінності вважали статистично значущими при $p<0,05$.

Результати. При порівнянні груп статистично значущих відмінностей не було виявлено для факторів серцево-судинного ризику, таких як стать, вік, наявність гіпертонічної хвороби, цукрового діабету та гіперхолестеринемії. Рівень ВЕФР-А у пацієнтів 1-ї групи становив $217,4 [105,04\div 386,46]$ і був достовірно вищим, ніж у пацієнтів 2-ї групи – $152,96 [70,7\div 201, 86]$ ($p<0,05$).